



Centro Alzheimer

centro.alzheimer@aspbasilicata.it

Modulo di richiesta per l'accesso al Nucleo Alzheimer – Venosa

Il Sig..... nato a..... il.....
domiciliato in..... via..... n.....
grado di parentela.....specificare se caregiver ☼ rappresentante legale ☼
tel..... cell.....
indirizzo e-mail.....

chiede

la valutazione per un eventuale programma curativo riabilitativo-assistenziale ove possibile e praticabile, da effettuarsi presso il Centro Alzheimer dell'Ospedale Distrettuale di Venosa per

il Sig..... nato a..... il.....
Residente a via..... n.....
domiciliato in via n.....
tel.....ASL di appartenenza.....
Medico di Medicina generale.....

Si richiede:

- ☼ ricovero ordinario
- ☼ ricovero di sollievo
- ☼ frequenza presso Centro Diurno

Si allega la seguente documentazione sanitaria:

certificato UVA ☼ (non superiore a 6 mesi, in cui sia precisata la diagnosi, il punteggio MMSE, ADL, IADL)
altro ☼

Si esprime il consenso alla divulgazione per fini istituzionali dei dati personali

Il sottoscritto è inoltre delegato ad espletare ogni atto necessario e sequenziale, ivi compreso il ritiro e la consegna di documentazione liberando la nostra amministrazione da ogni responsabilità.

Firma caregiver/rappresentante legale.....

Data

Sezione da compilare a cura del Medico di Medicina Generale

Assistito (cognome e nome).....

Diagnosi

Motivi della richiesta:

ridurre i disturbi del comportamento/affettività

migliorare le autonomie presenti /stimolare funzioni cognitive e abilità residue

ridurre lo stress del care giver

altro.....

Stato di coscienza : vigile obnubilato confuso

Condizioni Generali: buone discrete scadenti

Disturbi del comportamento: assenti presenti (indicare quali):

depressione ansia apatia euforia irritabilità

disinibizione disturbi della sfera sessuale irrequietezza motoria

disturbi del sonno disturbi dell'appetito

allucinazioni deliri

Alimentazione : per os parenterale enterale (SNG/PEG)

Respiro: eupnoico O2 terapia tracheotomia

Continenza vescicale: si no

Catetere: si no

Continenza alvo: si no

Trofismo cutaneo: descrivere sede, estensione e grado di eventuali piaghe da decubito

Disturbi della vista e udito:.....

Stazione eretta: si senza sostegno si con sostegno no

Deambulazione: si senza sostegno si con sostegno no

Si alimenta: : si no

Si lava: si no

Si veste: si no

Uso del WC : si no

Altre patologie in atto:

Terapie farmacologiche in atto:

Certifico che il/la mio/a pz non ha patologie infettive o parassitarie a carattere diffusivo in atto.

Data,

Medico di Medicina Generale

Timbro e firma

Riservato alla UVI – Unità di Valutazione Integrata

Parere: